



Fecha de recepción: agosto 22 de 2022
Fecha de aceptación: noviembre 29 2022

ARTÍCULO DE REFLEXIÓN

<https://dx.doi.org/10.14482/sun.39.02.700.252>

Algunas consideraciones sobre la demencia tipo Alzheimer y el cine: una reflexión sobre el cortometraje “Mémorable”

*Some thoughts on Alzheimer’s disease and cinema:
a reflection on the short film “Mémorable”*

CARLOS YAYA-QUEZADA¹, LEONARDO PALACIOS-SÁNCHEZ²

¹ Investigador posdoctoral, Children’s Hospital of Philadelphia (Estados Unidos). Orcid: 0000-0001-7145-0277. CvLAC: https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001721355#otra_info_personal.yayac@chop.edu

² Profesor titular y emérito e integrante del grupo de investigación en Neurociencia NEUROS Universidad del Rosario, Colombia. Orcid: 0000-0002-6792-5855. CvLAC: https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0000144592. leonardo.palacios@urosario.edu.co

Correspondencia: Carlos Julian Yaya Quezada. yayac@chop.edu

RESUMEN

La demencia tipo Alzheimer (DTA) es una enfermedad neurodegenerativa que impacta en funciones como la memoria y la cognición, entre otras, así como en el nivel de dependencia funcional de los pacientes. Este artículo es un ejercicio de abstracción clínico y narrativo sobre el corto animado *Mémorable* del director Bruno Collet, el cual detalla la experiencia de un hombre que padece DTA. Como Louis, el protagonista de esta historia, presenta alteraciones crónicas en su memoria, pensamiento y comportamiento, que se relacionan a su caso las herramientas de estadificación utilizadas en DTA, como la Escala de Deterioro Global (GDS) y la Herramienta de Evaluación Funcional (FAST). Asimismo, se contrasta este cuadro clínico con la experiencia de William Utermohlen, un pintor estadounidense que continuó trabajando en su arte incluso después de ser diagnosticado con DTA, y en cuyo trabajo es posible apreciar la pérdida de capacidades cognitivas características de cada estadio de la enfermedad. De esta forma, este trabajo invita a considerar el cine como un instrumento de medicina narrativa que sirva como puente entre el diagnóstico y el tratamiento de la DTA, y la experiencia vivida por los pacientes y cuidadores, siendo un recurso académico esencial para la formación científica y profesional de los médicos en entrenamiento.

Palabras clave: cine, enfermedad de Alzheimer, demencia, William Utermohlen.

ABSTRACT

Alzheimer's disease (AD) is a neurodegenerative condition that impacts functions such as memory and cognition, as well as the level of functional dependence. The following article is an exercise in clinical and narrative abstraction that aims to study the animated short *Mémorable* from director Bruno Collet, which details the experience of a man struggling with AD. Since Louis, the protagonist of this story, presents chronic alterations in his memory, thinking, and behavior, the staging tools used in AD, such as the Global Impairment Scale (GDS) and the Functional Assessment Tool (FAST), are applied to his case. Likewise, these clinical features are contrasted with the experience of William Utermohlen, an American painter who continued to work on his art even after being diagnosed with AD, and in whose paintings it is possible to appreciate the loss of cognitive abilities characteristic of each stage of the disease. In this way, this work invites the reader to consider cinema as a narrative medicine instrument that serves as a bridge between the diagnosis and treatment of AD and the experience lived by patients and caregivers, being an essential academic resource for the scientific and professional training of medical doctors.

Keywords: cinema, Alzheimer's disease, dementia, William Utermohlen.

INTRODUCCIÓN

“La lucidez y el estado de conciencia son regalos impredecibles”, declaró una vez la hija de un hombre con demencia tipo Alzheimer (DTA) cuando su familiar logró recordar algunos momentos preciosos que vivieron juntos (1). Un ser querido que consideraba perdido regresó por unos instantes para después desvanecerse.

La memoria y la capacidad cognitiva son considerados pilares esenciales para la experiencia humana. Recordar el nombre de quienes amamos, por ejemplo, es una parte primordial de nuestro día a día, así como interactuar, percibir y comunicarnos con nuestro entorno, y atender nuestras necesidades con independencia (2,3,4). No obstante, ¿cómo podemos acercarnos a estas vivencias aún si todavía no concebimos qué es padecer esta enfermedad ya sea como un paciente o su cuidador?

Estudiar las diferentes representaciones de la DTA es entonces una tarea necesaria: cuestionarnos sobre nuestras actitudes propias y conocimiento respecto a las demencias nos permitirá establecer una posición en relación con la discapacidad y considerar el punto de vista de personas que, aun siendo testigos de la desolación de su realidad, siguen siendo individuos valiosos y amados por sus familias. Para este propósito, la literatura, la pintura y el cine sirven como fuentes importantes para ilustrar y construir actitudes culturales en relación a cualquier enfermedad (5).

El corto animado nominado al Óscar *Mémorable* (2018), del director y escritor Bruno Collet, inspirado en la experiencia del pintor William Utermohlen (1933-2007), se destaca por su representación del deterioro cognitivo presente en la DTA (4,5). En esta historia, la audiencia acompaña a un adulto mayor, de profesión pintor, que presenta un trastorno en la percepción: las paredes, los muebles y hasta su esposa parecen desintegrarse (6,8) (cuadro 1).

El siguiente artículo tiene a *Mémorable* como objeto de estudio con el fin de identificar las manifestaciones de la DTA y poder aplicar las herramientas disponibles para su diagnóstico en su protagonista, así como identificar las similitudes de sus recursos visuales con la obra de Utermohlen, quien continuó trabajando a través del deterioro de sus capacidades cognitivas y motoras (9). Al mismo tiempo, se espera contribuir a la formación de los profesionales de la salud, inspirando interés y compasión en la vivencia de los pacientes con DTA y sus cuidadores.

El acto de narrar una vida sea un instante o una década, le regala inteligibilidad a una experiencia y facilita la empatía (10). El bioeticista colombiano Nicolás Álzate comenta que “en la narración

hay posibilidad de reconocimiento del otro y de sí mismo, porque existe la posibilidad de narrarme y contarme" (11, p. 71). Dicho esto, en este artículo queremos facilitar que los profesionales de la salud puedan reconocer, absorber e interpretar las historias y las condiciones de las personas que llegan a su consulta (10).

Cuadro 1. Ficha técnica Mémorable (9).

Título de la película: *Mémorable*

Año: 2019

Duración: 12 min

País: Francia

Dirección y Guion: Bruno Collet

Género: Animación, Drama

Sinopsis: El universo alrededor de un pintor cambia ante sus ojos. Los muebles, los objetos y las personas dejan de constituir su realidad cuando pierden su forma y su realismo. Louis se empieza a desvanecer, así como el recuerdo de su esposa Michelle (9).

Fuente: Filmaffinity, 2019.

DESARROLLO

Consideraciones generales sobre la DTA

La DTA es una enfermedad neurodegenerativa progresivamente discapacitante que impacta en la cognición y la memoria, y afecta principalmente a los adultos mayores de 65 años y de sexo femenino (13,14). La prevalencia de esta enfermedad tiene un patrón de crecimiento exponencial que incrementa con la edad, afectando hasta un 30 a 50 % de las personas cuando cumplen los 85 años (15). Su historia natural inicia con una afección de las funciones mentales superiores que interfiere con las actividades diarias y puede acompañarse de ansiedad y síntomas depresivos, así como cambios en el sueño, alteración del juicio, desorientación, agitación, agresión y alucinaciones, entre otros cambios neuropsiquiátricos (12). Este cuadro clínico puede presentarse de forma esporádica, después de los 65 años o de forma temprana en menores de 65 años, presentación que está asociada a factores hereditarios (12).

Se han establecido criterios para el diagnóstico de la DTA como aquellos presentes en el Quinto Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (DSM-V), los cuales le clasifican dentro de la categoría de *trastorno neurocognitivo mayor debido a demencia tipo Alzheimer* y se encuentran en el cuadro 2 (14). Por otro lado, para estadificar el deterioro cognitivo, pueden utilizarse diferentes instrumentos, como los siguientes: la Escala de Deterioro Global (GDS), la cual clasifica la discapacidad cognitiva en siete fases; la Escala de Evaluación Funcional (FAST), que mide el deterioro en función del desempeño en las actividades cotidianas; y el test minimal, conocido en inglés como el Mini-Mental Status Examination (MMSE), el cual valora funciones cognitivas como orientación, atención, memoria, lenguaje y orientación visual-espacial (15,16,17). Los dominios de las escalas GDS y FAST se encuentran en la tabla 1 (18).

Cuadro 2. Criterios para trastorno neurocognitivo mayor debido a demencia tipo Alzheimer.

- a. Declive cognitivo significativo comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social) basada en:
 - Preocupación de declive significativo en una función cognitiva notada por el propio individuo, un informante o el clínico.
 - Un deterioro sustancial del rendimiento cognitivo documentado por un test neuropsicológico estandarizado o una evaluación clínica.
- b. Déficits cognitivos que interfieren con la autonomía del individuo en las actividades cotidianas (es decir, requiere asistencia con actividades instrumentales complejas de la vida diaria como pagar facturas o administrarse los tratamientos).
 - Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un síndrome confusional agudo.
 - Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).
- c. Presencia de cambios en el comportamiento como síntomas psicóticos, alteración del afecto, agitación o apatía (12).
- d. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un síndrome confusional.

Fuente: Adaptado de: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5th ed. American Psychiatric Association; 2013.

Tabla 1. Correspondencia de las escalas GDS y FAST en la estadificación de la DTA. Demencia, una enfermedad evolutiva.

Estadio GDS	Estadio FAST y diagnóstico clínico	Otras características clínicas
GDS 1: Ausencia de déficit cognitivo	1. Adulto normal (MMSE: 30)	Sin deterioro cognitivo subjetivo ni objetivo.
GDS 2: Déficit cognitivo muy leve	2. Adulto de edad mayor normal. (MMSE: 25-30)	Refiere pérdida de memoria en ubicación de objetos, nombres de personas, citas, etc. No se objetiva déficit en el examen clínico ni en su medio laboral o situaciones sociales. Puede haber pleno conocimiento y valoración de la sintomatología.
GDS 3: Déficit cognitivo leve	3. Enfermedad de Alzheimer incipiente o confusión precoz (MMSE: 20-27)	<p>Manifestación de deterioro en una o más de estas áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haberse perdido en un lugar no familiar. • Evidencia de rendimiento laboral pobre. • Dificultad para recordar palabras y nombres. • Tras la lectura retiene escaso material. • Olvida la ubicación, pierde o coloca erróneamente objetos de valor. • Escasa capacidad para recordar a personas nuevas que ha conocido. • El déficit de concentración es evidente para el clínico en una entrevista exhaustiva. • La negación como mecanismo de defensa, o el desconocimiento de los defectos, empieza a manifestarse. • Los síntomas pueden acompañarse de ansiedad leve moderada.

Continúa...

Estadio GDS	Estadio FAST y diagnóstico clínico	Otras características clínicas
<p>GDS 4: Déficit cognitivo moderado</p>	<p>4. Enfermedad de Alzheimer leve (MMSE: 16-23)</p>	<p>Defectos manifiestos en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Olvido de hechos cotidianos o recientes. • Déficit en el recuerdo de su historia personal. • Dificultad de concentración evidente en operaciones de resta de 7 en 7. • Incapacidad para planificar viajes, finanzas o actividades complejas <p>Frecuentemente no hay defectos en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientación en tiempo y persona • Reconocimiento de caras y personas familiares • Capacidad de viajar a lugares conocidos. • Labilidad afectiva. • Mecanismo de negación domina el cuadro.
<p>GDS 5: Déficit cognitivo moderadamente grave</p>	<p>5. Enfermedad de Alzheimer moderada (MMSE: 10-19)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Necesita asistencia en determinadas tareas, no en el aseo ni en la comida, pero sí para elegir su ropa. • Es incapaz de recordar aspectos importantes de su vida cotidiana (dirección, teléfono, nombres de familiares). • Es frecuente cierta desorientación en tiempo o en lugar. • Dificultad para contar en orden inverso desde 40 de 4 en 4, o desde 20 de 2 en 2. • Sabe su nombre y generalmente el de su esposa e hijos.

Continúa...

Estadio GDS	Estadio FAST y diagnóstico clínico	Otras características clínicas
<p>GDS 6: Déficit cognitivo grave</p>	<p>6. Enfermedad de Alzheimer moderada grave (MMSE: 0-12)</p> <p>a) Pueden identificarse 5 subestadios siguientes: a) Disminución de la habilidad de vestirse solo.</p> <p>b) Disminución de la habilidad para bañarse solo.</p> <p>c) Disminución de la habilidad para lavarse y arreglarse solo.</p> <p>d) Disminución de la continencia urinaria.</p> <p>e) Disminución de la continencia fecal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Olvida a veces el nombre de su esposa de quien depende para vivir. • Retiene algunos datos del pasado. • Desorientación temporo-espacial. • Dificultad para contar de 10 en 10 en orden inverso o directo. • Puede necesitar asistencia para actividades de la vida diaria. • Puede presentar incontinencia. • Recuerda su nombre y diferencia los familiares de los desconocidos. • Ritmo diurno frecuentemente alterado. • Presenta cambios de la personalidad y la afectividad (delirio, síntomas obsesivos, ansiedad, agitación o agresividad y abulia cognoscitiva)
<p>GDS 7: Déficit cognitivo muy grave</p>	<p>7. Enfermedad de Alzheimer grave (MMSE: 0).</p> <p>Se especifican 6 subestadios:</p> <p>a) Capacidad de habla limitada, aproximadamente a 6 palabras.</p> <p>b) Capacidad de habla limitada a una única palabra.</p> <p>c) pérdida de la capacidad para caminar solo sin ayuda.</p> <p>d) Pérdida de la capacidad para sentarse y levantarse sin ayuda.</p> <p>e) Pérdida de la capacidad para sonreír.</p> <p>f) pérdida de la capacidad para mantener la cabeza erguida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida progresiva de todas las capacidades verbales. • Incontinencia urinaria. • Necesidad de asistencia a la higiene personal y alimentación. • Pérdida de funciones psicomotoras como la deambulación. • Con frecuencia se observan signos neurológicos

Fuente: Modificada de: Formiga F, Robles MJ, Fort I.

FAST, Functional Assessment Staging Tool; GDS, Global Deterioration Stage Tool de Reisberg; MMSE, Mini-Mental Stage Examination.

William Utermohlen, su obra y el impacto de la DTA

William Utermohlen nació en Philadelphia (Estados Unidos de América) en 1933. Empezó a estudiar arte durante la década de los cincuenta en la Academia de Bellas Artes de Pensilvania y la Escuela de Arte de Oxford, logrando exhibir varias de sus obras en el Reino Unido, país donde se asentó con su esposa, Patricia Haynes (8). Antes de ser diagnosticado con DTA en 1995, la obra de William Utermohlen se caracterizó por su expresionismo, elementos del *pop art* y un vibrante uso del color en obras que giraban alrededor de sus amistades, su esposa y emociones diversas (19).

Antes de cumplir los 61 años, el afecto de Utermohlen empezó a decaer, así como su funcionalidad en áreas como vestirse (probable apraxia), las finanzas domésticas (discalculia), escribir (disgrafía) y dificultades para la interacción social. Esto le llevó a pedir asistencia médica en 1995 (8,19). Con una puntuación de 22/30 en el MMSE, se determinó que el artista tenía un deterioro cognitivo considerable y una resonancia magnética de cerebro evidenció atrofia cerebral generalizada (19).

Pese a ser diagnosticado con DTA, Utermohlen continuó produciendo obras que reflejaron cambios en su estilo artístico habitual, el cual se tornó aún más impresionista (19). Sus pinceladas se hicieron más espesas, lo cual puso en evidencia su diagnóstico a la comunidad artística y al público. Además, sus emociones y percepciones se habían modificado, en comparación con otros artistas que preservaban su cognición (19).

Sus autorretratos lograron llamar la atención incluso de la comunidad científica, pues allí se notaba la progresión de la enfermedad con el paso del tiempo (19). *Self Portrait (with easel, yellow, and green)*, pintura realizada en 1996, presenta a un hombre preso entre líneas con su rostro todavía conservando su forma y contorno (19). Otros trabajos realizados en los años posteriores se caracterizarían por demostrar la pérdida de precisión en la representación de estructuras como el rostro, las cejas y los ojos, aspectos que pierden toda proporción (19). Patricia, su esposa, comentaría que las orejas se ven más grandes en sus trabajos posteriores, como expresión del deterioro de su audición y que en esas pinturas es posible ver que William "estaba intentado explicar su identidad alterada, sus miedos y su tristeza" (19).

En el retrato conocido como *Head*, el artista no puede localizar las estructuras de su rostro: la nariz parece desplazada hacia arriba, el ojo izquierdo está ausente, mientras que el resto de atributos se muestran desvanecidos (19). Pareciera como si sus pinturas se convirtieran cada vez más en asuntos

primitivos que evidencian tanto tristeza como incapacidad para resignar su creatividad (19). Estas pinturas contrastan con sus primeros trabajos de la década de los sesenta y los setentas; obras presentadas con una inmensa capacidad para el detalle que evidencian excelente coordinación motora fina.

Las pinturas de Utermohlen corresponden también a las alteraciones gráficas encontradas en varios pacientes con DTA, evidenciando una agnosia visual y visuoespacial (19). Con el tiempo, sus dibujos carecen de ángulos, las formas se vuelven más simples y la relación espacial de los objetos parece desordenada (19). Es notable también la apraxia ideomotora y constitucional, es decir, dificultad para ejecutar tareas aprendidas con éxito y orientadas en el espacio (19). El lector puede notar estos cambios si compara las obras *Blue Skies* (1995), realizada el año en que Utermohlen fue diagnosticado con DTA, y *Head* (2000), creada en las etapas tardías de su enfermedad (10). En el cuadro 3 se listan algunas pinturas de Utermohlen que evidencian la progresión de su deterioro cognitivo a lo largo del tiempo (8).

Cuadro 3. Pinturas sugeridas de William Utermohlen (8).

Self Portrait, 1996
Blue Skies, 1995
Self Portrait, 1995
Self Portrait (in the studio), 1995
Three Ears and Hands, 1995
Mask (clown), 1996
Mask (Blue eyes), 1996
Self Portrait, 1996
Self Portrait (scowling), 1996
Self Portrait (with easel, yellow and green), 1996
Self Portrait (with red shirt), 1997
Self Portrait (with Saw), 1997
Self Portrait (with easel), 1997
Double Self Portrait, 1996
Self Portrait (shut eye), 1998
Erased Self Portrait, 1999
Erased Head, 2000
Head I (2000)

Fuente: Wakeley Gallery Illinois, 2015.

Mémorable, la técnica *stop-motion* y la escala GDS aplicada

La secuencia de títulos de *Mémorable* introducen al mayor talento de Louis, su protagonista: la pintura. Una serie de acercamientos nos muestran pinceladas sobre un lienzo, con el paso de cada cerda siendo expresado con detalle (6). Seguido a esto, el corto presenta el modo de producción seleccionado para contar la historia: *el stop-motion*, técnica en la que el objeto es fotografiado y luego modificado en la siguiente fotografía para que, durante la reproducción de estas imágenes a una velocidad específica, se simule la sensación de movimiento (20).

En el caso de *Mémorable*, sus personajes son marionetas animadas a través de *stop-motion*. Esta técnica permitió que los cineastas simularan la clínica del DTA de manera que la audiencia pueda empatizar con Louis cuando empieza a perder la noción sobre los objetos y las personas a su alrededor, incluyendo su concepto y significado. El *stop-motion* no solo moviliza a los personajes y el ambiente, sino que también explora cómo estos pueden volverse ininteligibles para el paciente con DTA (6,20).

Mémorable inicia con el momento en el que el deterioro de Louis se hace evidente para su esposa, Michelle, quien le recuerda que dejó comida en su automóvil, la cual entró en estado de putrefacción. Durante un desayuno, Louis no logra reconocer la pimienta o recordar que su suegra había fallecido años atrás. Tiempo después es valorado por un médico que nota desorientación temporal y anomia (6).

Louis intenta adaptarse a su situación, colocando *post-its* a los objetos en su casa para no olvidar su significado. No obstante, la enfermedad continúa produciendo deterioro del lenguaje y memoria hasta el punto en que se sorprende por la ausencia de los peces en su acuario, los cuales no recordó alimentar. Tampoco sabe la función de los recordatorios que repartió por su casa. Posteriormente, los objetos continúan siendo confusos para él, llegando incluso a temer de su propio reflejo e intentar suicidarse al disparar un revólver (que en realidad era una secadora) (6).

La mezcla de sonido de *Mémorable* contribuye a la experiencia del espectador. Por ejemplo, al principio de la historia, Louis lleva a cabo tareas domésticas mientras escucha una canción cuya letra está en inglés y francés. Si bien es posible entender en detalle el contenido de estas líneas, nuestra percepción de la melodía empieza a cambiar. El sonido hace énfasis en una frase: *waiting for your love* –“esperando por tu amor”–, la cual empieza a repetirse hasta que se distorsiona y no puede escucharse más. Otros sonidos cotidianos, como el ruido de una aspiradora, son reconocibles para la audiencia, máa no para un hombre que no puede reaccionar a ellos (6).

Un componente importante para destacar en la película es cómo, aun si está completamente centrada en la perspectiva de Louis, destaca la experiencia de su esposa-cuidadora Michelle, quien en una ocasión se define a sí misma como *la auxiliar de servicios generales, la cocinera y la enfermera*. Esta carga física y emocional es subestimada por sus familiares más allegados que, después de breves visitas, minimizan la gravedad de la condición de Louis (6).

Ahora bien, aunque el caso de Louis no alcanza a corresponder a todas las presentaciones clínicas conocidas de la DTA, es posible establecer el deterioro de su condición a través de las escalas mencionadas anteriormente, particularmente la GDS. Las dos primeras fases del GDS equivalen a la ausencia de alteración cognitiva y la percepción subjetiva del paciente de su deterioro cognitivo. *Mémorable* ignora estos niveles y abre directamente en el tercero, aquel correspondiente con el deterioro cognitivo leve o trastorno neurocognitivo menor, con Louis presentando dificultad para la concentración y para la evocación de recuerdos, algo muy evidente en sus conversaciones con su esposa y médico (6,15).

Lo evidenciado en el corto también alcanza a tocar los niveles 4, 5 y 6, cuando el deterioro pasa a ser moderado y grave: Louis olvida los eventos contemporáneos y afirma vivir en la década de los sesenta. Del mismo modo, olvida el nombre de sus familiares y se convierte en dependiente de los cuidados de su esposa. Por otro lado, empieza a presentar manifestaciones neuropsiquiátricas como un ánimo deprimido e irritable, así como ansiedad y agitación cuando sus relaciones sociales con su círculo cercano caen en detrimento y conversaciones con su imagen en el espejo (6,15).

En la escena final del corto puede deducirse que Louis ha llegado a un deterioro cognitivo severo. Su apraxia ha avanzado hasta el punto de perder la capacidad de utilizar instrumentos como los pinceles, viéndose obligado a pintar con los dedos. Luego, en un último baile con una mujer que no reconoce como su esposa, pierde la habilidad de reconocerla como una persona. Michelle se desintegra ante sus ojos, con la película terminando con una pantalla completamente en blanco (6,15).

DISCUSIÓN

En este artículo se correlaciona la representación de la DTA en el corto *Mémorable* con la experiencia de su principal inspiración: William Utermohlen. Este corto animado no es el primer esfuerzo visto en el cine cuya trama está inspirada en casos reales o ficticios sobre demencia. La plataforma Filmaffinity informa sobre más de cien filmes cuya trama gira alrededor de la DTA, entre las que se destacan en el cine comercial algunas como *Iris* (2001), *The Iron Lady* (2011), *Still Alice* (2015), *The Father* (2020) y *Supernova* (2020) (21).

En el territorio del *stop-motion*, otros cortos y piezas de material audiovisual intentaron conceptualizar la demencia para la audiencia general. Se destaca *Undone* (2008), en la que un protagonis-

ta navega a la deriva intentando pescar sus recuerdos, así como algunas campañas de concientización financiadas por los centros de investigación de la DTA en Reino Unido, que explican al público cómo la enfermedad hace que el cerebro del paciente afectado por esta condición llegue a pesar lo mismo que una naranja, es decir menos que el cerebro de un adulto normal (22, 23)

Se puede apreciar, en el trabajo del director Bruno Collet y su equipo, el uso del *stop-motion* como un recurso narrativo capaz de transmitir los sentimientos de angustia y confusión presentes en la DTA, el impacto de la enfermedad en la relación con los cuidadores y una experiencia caracterizada por una desintegración progresiva de la realidad (6). *Mémorable* también llama la atención porque, en 12 minutos, logra representar el esfuerzo significativo de su inspiración, William Uterhmohlen, artista plástico que, como ya fue mencionado, siguió pintando incluso con DTA, mostrando los efectos de la enfermedad en el desempeño creativo (8). Michelle, la cuidadora del protagonista, aprecia con tristeza que la percepción que su esposo tenía sobre ella pasa de ser realista y detallada, a solo un brochazo de la humanidad que todavía logra percibir en ella (6).

En el marco de la educación médica en Neurociencia no solo se hace énfasis sobre los efectos del séptimo arte en el cerebro del espectador, sino también sobre la clínica y la experiencia emocional de los pacientes que cursan con enfermedades neurológicas como las demencias, los trastornos del movimiento y las epilepsias (24,25). En nuestro caso, aun si *Mémorable* no hace explícita ninguna de las herramientas utilizadas en el diagnóstico y el tratamiento del DTA, permite diferenciar la afección en la memoria según sus tipos (anterógrada y retrógrada) y clasificar el deterioro cognitivo de Louis con herramientas como la escala GDS (16,26,27). Sus escenas ejemplifican la anamnesis en demencia y permiten que los estudiantes interactúen con lo mostrado en la cinta, trabajando en sus destrezas comunicativas, preguntándose sobre cómo orientarían el interrogatorio a los pacientes y qué conductas adicionales tomarían.

Finalmente, la ficción presenta personajes que, si bien no viven en nuestra realidad, pueden transformar la dimensión simbólica y el significado de las enfermedades para la audiencia. Un espectador o un lector puede encontrar que su intimidad es representada, ganar diferentes perspectivas y reconocer personas diferentes de sí mismo, estableciendo diálogos con ellas (26). En el contexto médico, una película puede hacer que los estudiantes reconozcan la perspectiva subjetiva y social de la enfermedad. De este modo, el paciente no es solo una patología, sino también un conglomerado de símbolos y vivencias que configuran su experiencia de la enfermedad. La relación mé-

dico-paciente podría verse beneficiada de esta situación al facilitar un ambiente de solidaridad, respeto y empatía, que incluya también a la familia y la comunidad del paciente (10,26).

A MANERA DE CONCLUSIÓN

Oliver Sacks (1933-2015), un neurólogo capaz de trabajar como clínico y escribir sobre sus pacientes, señaló que para colocar al sujeto humano en el centro de la atención médica, al sujeto que está afligido, sufriendo y luchando, en relación con su enfermedad, la historia debe evidenciar una narrativa o un cuento. Solo hasta entonces "tendremos un *quién*, un *qué*, una persona real, un paciente y una relación con la enfermedad" (28, p. 20).

Los estudiantes pueden basarse en el cine para adquirir estas destrezas narrativas, reconocer la experiencia del paciente con DTA como enfermo, el impacto de su enfermedad en sus relaciones interpersonales y en su rol como miembro de una comunidad con estigmas relacionados a su condición. Del mismo modo, puede evaluar sus conocimientos sobre la DTA, aplicando las herramientas diagnósticas que tiene disponibles a lo evidenciado en la ficción.

Aun cursando una patología inmensamente complicada que quiebra su realidad y su capacidad de recordar, los pacientes con DTA siguen siendo valiosos para las personas que aman y para sí mismos. Tanto William Utermohlen como Louis, su contraparte ficticia, intentan expresar su realidad tan fragmentada como coherente a los demás, a través de un arte que no es desesperado sino íntimo y honesto.

El cine es entonces un arte capaz de ser utilizado para educar y formar en las diferentes condiciones neurológicas, logrando atravesar su diagnóstico y tratamiento, así como el rol de las personas involucradas, ya sean los profesionales de la salud o sus familiares. Una serie de televisión, una película, o un corto permite a los estudiantes reflexionar sobre el discurso de los pacientes, y promueve un cuidado óptimo y auténtico (10,29).

Financiación: ninguna.

Contribución de los autores: Ambos autores fueron responsables de la investigación, participando en su concepto y diseño, el análisis e interpretación de los datos, escritura y corrección del manuscrito.

REFERENCIAS

1. Arizona State University. Dealing with Alzheimer's disease while holding on to humanity [Internet]. 31 enero 2019 [citado 1 junio 2022]. Disponible en: <https://biodesign.asu.edu/news/dealing-alzheimer's-disease-while-holding-humanity>.
2. Muñiz C. Bases en neuroanatomía. En: Neurología clínica de Rangel Guerra. México: Editorial Manuel Moderno; 2015. p. 19.
3. Palacios-Sánchez L, Piñeros-Hernández LB, Plazas-Pachón R. Cine y trastornos de la memoria. En: Alberto Vélez van Meerbeke. *Neurociencia y cine*. 2019. p. 59-88.
4. Lundblad M. Animality/ Posthumanism/ Disability: An introduction. *New Literary History* [Internet]. 2020 [citado 1 junio 2022]; 51(4): p. v-xiii. Disponible en: Doi:10.1353/nlh.2020.0040.
5. Reigada C, Martín-Utrilla S, Pérez-Ros P, Centeno C, Sandgren A, Gómez-Baceiredo B. Understanding illness through a film festival: An observational study [Internet]. 2019 [citado 31 mayo 2022]; 5(8): e02196. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e02196>.
6. Collet B. Mémorable [corto animado]. Collet B, director. Le Corre JF, productor. Francia: Vivement Lundi; 2019 [citado 15 mayo 2022]. Disponible en: <https://vimeo.com/ondemand/memorable>.
7. Sastre M. Mémorable (2019). *el nuevo cortometraje de Bruno Collet* [Internet]. 2020 Feb 6 [citado 1 junio 2022]. Disponible en: <https://masquemetraje.com/cortometrajes/memorable-el-nuevo-cortometraje-de-bruno-collet/>.
8. Utermohlen W, Green J, Montpetit MA, Diaz J, Kooken W, Kerr N, Kerr JM, et al. Pursuing the Ephemeral, Painting the Enduring: Alzheimer's and the artwork of William Utermohlen. *Bloomington* (US): Wakeley Gallery Illinois Wesleyan University; 2015. Disponible en: <http://digitalcommons.iwu.edu/utermohlen/>.
9. Filmaffinity. Mémorable [internet]. 2019 [citada 15 mayo 2022]. Disponible en: <https://www.filmaffinity.com/co/film598927.html>
10. Rosas Jiménez CA. Medicina narrativa: el paciente como "texto", objeto y sujeto de la compasión. *Acta bioeth* [Internet]. 2017 [citado 6 junio 2022]; 23(2): 351-359. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2017000200351&lng=es.
11. Alzate NA. Aportes de la hermenéutica ricoeuriana a la bioética [Tesis en internet]. Bogotá (Colombia): Pontificia Universidad Javeriana/Instituto de Bioética; 2011 [citado 15 mayo 2022]. Disponible

- en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/1668/AlzateMej%C3%ADaNicolasAlberto2011.pdf?sequence=1>.
12. Atri A. The Alzheimer's Disease Clinical Spectrum: Diagnosis and Management. *Med Clin North Am* [Internet]. 2019 [citado 14 junio 2022];103(2):263-293.doi:10.1016/j.mcna.2018.10.009. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30704681/>.
 13. Mayeux R, Stern Y. Epidemiology of Alzheimer's disease. *Cold Spring Harb Perspect Med* [Internet]. Agosto 2012 [citado 14 junio 2022];2(8):a006239. doi:10.1101/cshperspect.a006239. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30704681/>.
 14. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5th ed., American Psychiatric Association; 2013.
 15. Reisberg B, Ferris SH, de Leon MJ, Crook T. The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry* [Internet]. 1982 [citado 14 junio 2022];139(9):1136-9. Doi: 10.1176/ajp.139.9.1136. Disponible en: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/ajp.139.9.1136>.
 16. Sclan SG, Reisberg B. Functional assessment staging (FAST) in Alzheimer's disease: reliability, validity, and ordinality. *Int Psychogeriatr* [Internet]. 1992 [citado 213 junio 022] ;4 Suppl 1:55-69. Doi: 10.1017/s1041610292001157. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1504288/>.
 17. Tang-Wai DF, Knopman DS, Geda YE, et al. Comparison of the Short Test of Mental Status and the Mini-Mental State Examination in Mild Cognitive Impairment. *Arch Neurol* [Internet]. 2003 [citado 14 junio 2022];60(12):1777-1781. Doi:10.1001/archneur.60.12.1777.
 18. Formiga F, Robles MJ, Fort I. Demencia, una enfermedad evolutiva: demencia severa. Identificación de demencia terminal. *Rev Esp Geriatr Gerontol*; 2009 [citado 3 junio 2022]; 44 (S2):2-8. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2009.05.009>.
 19. Vaz AM, Gomes L, Bezerra AJC. El impacto de la enfermedad de Alzheimer en los autorretratos de William Utermohlen. *Revista Kairos Gerontología*; 2016 [citado 1 junio 2022]; 19(2): 121-131.
 20. Zippy Frames. *Making of Memorable by Bruno Collet*. [video]. 2019. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=rrYJlXwBP8&t=75s> [cited 2022 June 6].
 21. Filmaffinity. Géneros y Topics: Alzheimer [internet]. Colombia: Filmaffinity; [actualizada 2022; citado 14 junio 2022 14]. Disponible en: https://www.filmaffinity.com/co/movietopic.php?topic=446953&a-ttr=rat_count&nodoc.

22. Morris H. Undone [corto animado]. Morris H, director; 2008 [citado 15 junio 2022]. Disponible en: <https://vimeo.com/9843182>.
23. Alzheimer's Research UK. Alzheimer's Research UK's #ShareTheOrange with Bryan Cranston [video]. 2018 [citado 6 junio 2022]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=HvCBSGLD1HA&t=29s>.
24. Alberto Vélez van Meerbeke. *Neurociencia y cine* [s.n.]; 2019 [citada 19 junio 2022].
25. Evaluation of neurocinema as an introduction to interdisciplinary science. *CINEJ Cinema Journal* [Internet]. 1 septiembre 2020 [cited 19 junio 2022];8(2):307-23. Disponible en: <https://cinej.pitt.edu/ojs/index.php/cinej/article/view/267/585>.
26. Toro J, Yepes M, Palacios E. Neurología del comportamiento. En: *Neurología*. 2ª ed. colombiana: Editorial Manual Moderno; 2010. p. 748.
27. Uribe C, Arana A, Lorenzana P. Trastornos neurológicos del comportamiento: afasias, apraxias y agnosias. En: *Neurología*. 7ª ed. Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2010. p. 165.
28. Slocum RB, Hart AL, Guglin ME. Narrative medicine applications for patient identity and quality of life in ventricular assist device (VAD) patients. *Heart & Lung*. 2019;48:18-21. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2018.09.013>.
29. Charon R. Narrative Medicine: A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust. *JAMA*. 2001;286(15):1897-1902. Doi:10.1001/jama.286.15.1897.